FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE

N° 413

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel Jean Pierre FREDY

Né le 7 Janvier 1939, à ISTANBUL (Turquie)

Présentée et soutenue publiquement le

QUELQUES CONSIDERATIONS SUR LA REINSERTION SOCIALE DES DEFICIENTS MENTAUX

Président : Monsieur St. THIEFFRY (Professeur)

D. P. TAIB
8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI°
1965

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534911_0029

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1965 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Michel Jean Pierre FREDY

Né le 7 janvier 1939 à ISTANBUL (Turquie)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

QUELQUES CONSIDERATIONS SUR LA REINSERTION SOCIALE DES DEFICIENTS MENTAUX

-:-

Président : Monsieur St. THIEFFRY (Professeur)

-:-

D. P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1965

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BINET(L), BULLIARD (H), CADENAT (F), CATHALA (J), CHABROL (E), CHAILLEY-BERT (P), DEBRE (R), FEY (B), GALLLIARD (H), GAUDART D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LAROCHE (G), LAVIER(G), LELONG (M), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), MOUQUIN (M), OLIVIER (E), PASTEUR VALLERY-RADOT (P), PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L),VERNE (J).

DOYEN ..... M. CORDIER (G)

1er ASSESSEUR ..... M. BARGETON (D)
2e ASSESSEUR ..... M. CASTAIGNE (P)

I - PROFESSEURS

1°-CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	MALMEJAC (J)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Biophysique médicale	BUGNARD (L) DOGNON (A) DJOURNO (A)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P)
Histologie	GIROUD (A)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	DEROBERT (L)
Microbiologie (bactér.et virol.)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	BRUMPT (L)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)

MM.

Pathologie exotique	N...
Pathologie exp. et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl) BRICAIRE (H)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Path. et Thér. générale	DEPARIS (M)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
Physiologie	PARROT (J) BARGETON (D)
Phys. et Path. obstétricale	LEPAGE (F)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Tech. chir. et Chir. exp.	CAUCHOIX (J)
Thérapeutique	CONTE (M)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M)

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G)
Biochimie médicale	DESGREZ (P) POLONOVSKI (J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J)
Physiologie	DEJOURS (P)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L) GOUGEROT (L)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H)

2° - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirurgicale		REDON (H)
Clinique cardiologique		SOULIE (P)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB(J.L.)
	Cochin	LEGER (L)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J)
	Pitié	CORDIER (G)
	Saint-Antoine	GOSSET (J)
	Salpêtrière	SICARD (A)
	Tenon	OLIVIER (Cl)
Clin. de Chir.inf. et orth.		FEVRE (M)
Clin. chir. orth. et traumatol.		MERLE d'AUBIGNE (R)
Clin. de chir. cardio-vasculaire		DUBOST (Ch.)
Clin. de Chir. pleuro-pulmonaire		MATHEY (J)
Clinique endocrinologique		DECOURT (J)
Clinique de Génétique Médicale		LAMY (M)
Clinique gynécologique		HUGUIER (J)

		MM.
Clin. des mal. cut. et syphil.		DEGOS (R)
Clin. des mal. des enfants		TURPIN (R)
Clin. des maladies infectieuses		MOLLARET (P)
Clin. des mal. ment. et de l'encéph.		DELAY (J)
Clin. des maladies métaboliques		HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang		MARCHAL (G)
Clin. des mal. du système nerveux		CASTAIGNE (P)
Cliniques médicales	Broussais	LENEGRE (J)
	Broussais	MILLIEZ (P)
	Sainte-Anne	BOUDIN (G)
	Cochin	BROUET (G)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
	Lariboisière	SEZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R)
Clin. d'hydrologie et climatologie		DEBRAY (Ch)
Clin. méd. inf. de pédiatrie sociale		MARIE (J)
Clinique médicale propédeutique		JUSTIN-BESANÇON (L)
Clin. méd.-Soc. du diabète sucré et des maladies de la nutrition		DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie		DAVID (M)
Clinique neurologique		GARCIN (R)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R)
Clin. obst. et gynécologique		VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique	Hôtel-Dieu	RENARD (G)
	Cochin	OFFRET (G)
Clin. oto-rhino-laryngologique		AUBRY (M)
Clin. de péd. et de puériculture		N...
Clinique de pneumo-phtisiologie		BERNARD (E)
Clin. de neuro-psychiatrie infantile		MICHAUX (L)
Clin. de rhumat. méd. et soc.		COSTE (F)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale		ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M)
Clinique urologique		ABOULKER (P)
Clinique traumatologique		PADOVANI (F)
Séméiologie médicale		DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F)
Séméiologie traumatique et orth.		JUDET (R)
Clinique urologique		COUVELAIRE (R)
Hygiène et clin. de la 1ère enfance		N...

b) Professeurs à titre personnel

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A)
Maladies infectieuses	BASTIN (R)

	MM.
Médecine	AZERAD (E) BOUR (H) LAMBLING (A) LHERMITTE (F) PEQUIGNOT (H) PERRAULT (M) SIGUIER (F) WORMS (R)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B)
Rhumatologie	DELBARRE (F)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.
Anatomie	CABROL (C) COUINAUD (C) GILLOT (C) HUREAU (J)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Melle P) pr. s. ch. ABELANET (R) CHOMETTE (G) GOUYGOU (Ch.) pr. s. ch. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L) PAILLAS (J)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E) VOURC'H (G)
Bactériologie	BARBIER (P) CHRISTOL (D) DAGUET (G) Le MINOR (L) TOURNIER (P)
Biochimie médicale	BAULIEU (Et) m. conf. BOURILLON (R) CARTIER (P) pr. s. ch. CORNILLOT (P) DREYFUS (J. Cl.) GONNARD (P) JEROME (H) KRUH (J) LEGRAND (J. Cl.) NORDMANN (J)

	MM.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN(P) HARTMANN (L)
Carcinologie	BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
Dermato-syphiligraphie	CIVATTE (J) DUPERRAT (B) HEWITT (J) TOURAINE (R)
Electro-Radiologie	HEITZ (F) M. Conf. LEDOUX-LEBARD(G)
Embryologie	ROUX (Ch)
Hématologie	BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER(G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G)
Histologie	COUJARD (R) Pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M) RACADOT (J) SCHRAMM (B)
Hydrologie	BESANÇON (F) CORNET (A)
Hygiène	BLANCHER (G) CORRE-HURST(Mme L) ROUSSEL (A) SAPIN-JALOUSTRE(H)
Maladies infectieuses	DUPONT (V) LISSAC (J) RAPIN (M)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B) CROSNIER (J) RICHET (G) SEBAOUN (J)

	MM.
Médecine légale	BOURGUIGNON (A) FOURNIER (E) GUENIOT (M) HADENGUE (A)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-Chirurgie	PERTUISET (B)
Neuro-Psychiatrie	CAMBIER (J) CATHALA (H) ESCOUROLLE (R) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J) LEREBOULLET (J) PICHOT (P) TARDIEU (G)
Obstétrique	GRANJON (A) HERVET (E) LE LORIER (G) LEVY (J) LEWIN (D) MUSSET (R) ROBEY (M) SENEZE (J) SUREAU (C) TCHOBROUTSKY(Mme C) THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B) BREGEAT (P) DUBOIS (A) FONTAINE (Mme M) SARAUX (H)
Orthopédie	DUPARC (J) MAURER (P) MEARY (R) POSTEL (M) RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J) PIALOUX (P) SERGENT (H)
Parasitologie	GOLVAN (Y) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J)

	MM.
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J) BINET (J.-P.) BLONDEAU (Ph) CERBONNET (G) CHATELIN (C.-L.) DAUTRY (P) DEMIRLEAU DUBOST (Cl) FAUREL (J) FLABEAU (F) GALEY (J.-J.) GARBAY (M) GARNIER (H) GAUDART-D'ALLAINES GERMAIN (A) LATASTE (J) LOYGUE (J) MAILLARD (J.-N.) MERCADIER (M) NATALI (J) PELLERIN (D) PERROTIN (J) PREMONT (M) ROBERT (H) THOMERET (G) VAYSSE (J)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P) COTTENOT (Fr) LOEPER (J) Pr. s. ch. MAURICE (J) MIKOL (Cl) PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale	ACAR (J) AUQUIER (L) AUSSANNAIRE (M) BEAUMONT (J.-L.) BERNIER (J.-J.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H) BUGE (A) CANIVET (J) CARLOTTI (J) CATINAT (J)

	MM.
Pathologie médicale	CHRETIEN (J)
	CLOAREC (M)
	COBLENTZ (B)
	CONTAMIN (F)
	COURY (C)
	DEBRAY (J)
	ETIENNE (J.-P.)
	FREZAL (J)
	FRITEL (D)
	FUNCK-BRENTANO(J-L)
	GRIVAUX (M)
	HAZARD (J)
	HENNEQUET (A)
	HIMBERT (J)
	HOUSSET (E)
	LAGRUE (G)
	LESOBRE (R)
	LEVEQUE (B)
	MACREZ (C)
	MOREAU (L)
	NENNA (A)
	NICK (J)
	POULET (J)
	ROYER (P)
	TCHERDAKOFF (Ph)
	THIBAULT (Ph)
	TOURNEUR (R)
	VILLIAUMEY (J)
	WOLFROMM (R)
Pédiatrie-Puériculture	ALAGILLE (D)
	ALISON (J)
	CANLORBE (P)
	GORIN (R)
	LAFOURCADE (J)
	LEPERCQ (G)
	LESTRADET (H)
	MALLET (R)
	MINKOWSKY (A)
	MOZZICONACCI (P)
	POLONOVSKI (C)
	REY (J)
	RIBIERRE (M)
	ROSSIER (A)
	VIALATTE (J)
	MANDE (R)
Pharmacologie	BOISSIER (J)
	LECHAT (P)

	MM.
Physiologie	BARRES (G) DURAND (J) GIRARD (Fr) HUGELIN (A) LAURENT (D) SCHERRER (J) Pr. s. ch. VASSEUR (B)
Physique médicale	CHANTEUR (J) COURSAGET (J) GREMY (F) M.conf. MILHAUD (G) PAGES (J.-Cl.) PELLERIN (P) ROUCAYROL (J.C) Pr. s. ch. TUBIANA (M) M.conf.
Pneumo-phtisiologie	DECROIX (G) ISRAEL (L) MEYER (A) RENAULT (P) SORS (Ch)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P) DUCHE (D) FLAVIGNY (H)
Radiologie médicale	DUBOST (J) LEFEBVRE (J) MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P)
Stomatologie	CAUHEPE (J) CERNEA (P) CHAPUT (Mme A) M. c. agr. CREPY (Cl) FLEURY (R) GRELLET (M)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P) FOUET (P) LABET (R) MARCHE (J)
Urologie	AUVERT (J) MOULONGUET (A) QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	RAMBERT (P) THIEFFRY (S)
Clinique obstétricale	GRASSET (J) MAYER (M) MORIN (P)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P)
Clin. péd. et puériculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) Pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE
BOLTANSKI (E)
LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A)
Conservateurs Melles	DUMAITRE (P) LE NOIR (G) QUIEVREUX (E)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J), FORGET (F) Mlle LAURENT (H), Dr SCHILLER (J)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Epouse

A mes Parents

A ma Protectrice

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur St. THIEFFRY

Professeur de la Chaire de Clinique
de Pédiatrie et de Puériculture à
la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette
thèse

En hommage de respectueuse
reconnaissance

A Monsieur le Docteur BAUDOIN

Médecin du Centre Hospitalier du Havre

Qui nous a inspiré ce travail
et en a dirigé l'exécution

Qu'il veuille trouver ici le
témoignage de notre recon-
naissance

QUELQUES CONSIDERATIONS SUR LA REINSERTION SOCIALE DES DEFICIENTS MENTAUX

-:-:-:-:-

INTRODUCTION

-:-

Au cours de notre carrière médicale, nous sommes tous appelés à nous confronter avec le problème de l'enfance inadaptée, en particulier avec une certaine catégorie, à savoir les déficients mentaux.

Cette infirmité, privant l'individu dans une mesure plus ou moins importante de ses moyens intellectuels, c'est-à-dire de la faculté de réagir et de s'adapter au milieu dans lequel il vit, soulève des problèmes particuliers de réinsertion sociale. Il y a l'aspect scolaire, période en plein développement depuis quelques années et la mise au travail à l'âge post-scolaire, période encore actuellement à ses premiers pas.

-:-

RAPPEL SUR LES CAUSES DE LA DEFICIENCE MENTALE

-:-

Les déficients mentaux sont de plus en plus nombreux en France comme dans le monde entier pour de multiples raisons.

D'abord l'accroissement continu des encéphalopathies anténatales (celles de la période intra-utérine) et neo-natales (celles dues aux vicissitudes de l'accouchement) qui suit évidemment celui de la natalité.

Il naît actuellement 10.000 anormaux par an en France.

Ensuite, du fait que le nombre des retardés mentaux augmente encore plus, de façon paradoxale, avec les progrès de la médecine qui leur sauvent et leur prolongent la vie de plus en plus souvent, mais au prix de séquelles cérébrales plus ou moins lourdes, quelle que soit la maladie en cause, une altération du chromosome comme le mongolisme, une croissance difficile, une incompatibilité sanguine entre la mère et l'enfant, une méningite, une encéphalite, une tumeur cérébrale, une thrombo-phlébite cérébrale, un traumatisme cranien.

D'apres le Professeur Agrégé DUCHE, nous pouvons compter environ 600.000 retardés mentaux d'âge scolaire en France.

-:-

QUELS SONT LES DEFICIENTS MENTAUX REEDUCABLES ?

-:-

Il y a tous les degrés entre le retardé léger et l'idiot complet.

L'expérience montre que c'est encore le fameux Q.I. "le quotient intellectuel", c'est à dire le rapport de l'âge mental déterminé par la méthode des tests à l'âge réel chronologique, qui permet de mieux les classer.

Le mot test, d'origine latine "testis, témoin", est emprunté à la langue anglaise où il signifie épreuve. Il designe en psychologie et en pedagogie des épreuves ayant le caractère d'une expérience scientifique, à laquelle est soumis soit un seul sujet, soit tout un groupe afin de les "mesurer", tout au moins de les classer par rapport à leurs aptitudes physiques ou mentales ou pour dépister un trait de caractere. BINET et SIMON ont imagine des epreuves pour mesurer l'âge mental .

Pourtant, il faut tenir compte de l'état d'émotivité et de depaysement dans **lequel se trouve** le jeune enfant soumis dans un cadre nouveaux à un interrogatoire compliqué dont il ne peut saisir la portée et la raison. Si les resultats des différents examens concordent et révèlent un retard notable dans le developpement mental de l'écolier ou tel degré d'inadaptation sociale, il faudra le confier, selon la gravité du cas, à une classe speciale ou à un etablissement spécial.

Cette série d'examens permet au technicien de déterminer pratiquement l'âge mental de l'enfant.

Le testeur note les reussites, les echecs aux différents tests de l'echelle et il s'arrête lorsque toutes les epreuves pour un âge mental sont marquées. Si la coupure est nette, l'enfant a l'âge mental dont il parvient à résoudre les tests.

Si au contraire, les reussites et les echecs s'étendent parallèlement sur plusieurs niveaux de l'échelle, le testeur determine l'âge mental par compensation, c'est à dire qu'il ajoute à l'âge d'intelligence dont il réussit tous les tests, un an pour cinq tests supérieurs réussis. Par exemple, un enfant exécute les cinq tests de 8 ans, de plus il en exécute trois de 9 ans et deux de 10 ans, son âge mental est de 9 ans.

L'échelle de BINET et SIMON, facile dans son application et exigeant un matériel simple, donne des résultats suffisants pour une classification rapide et sommaire, en vue de reconnaître et de grouper, d'après leur niveau mental, les arriérés.

Il suffit de comparer l'âge mental et l'âge réel dont la différence constitue le retard de l'enfant pour être renseigné sur la valeur intellectuelle. Celle-ci peut être encore exprimée par quotient intellectuel, lequel résulte de la division de l'âge mental par l'âge chronologique. Supposons un enfant de 10 ans avec un niveau mental de 9 ans, son quotient intellectuel est de 0,9. Il semble que cette opération mathématique est déplacée vis à vis d'une grandeur immatérielle qu'est l'esprit ! Il n'en est pas ainsi. Un retard de deux ans aura une valeur tres inégale suivant qu'il concernera un enfant tres jeune ou au contraire plus âgé : à 4 ans il donne un quotient de 0,50 et à 12 ans un quotient de 0,80. Ce quotient a donc le gros avantage d'exprimer le quotient intellectuel en fonction de l'âge de l'enfant. Par la suite, celui-ci nous permet dd distinguer les problèmes posés par les débiles suivant qu'ils sont légers moyens ou profonds.

Nous ne nous occuperons pas des débiles légers dont le Q.I. est compris entre 0,70 et 0,90. Leur intelligence est normale, mais de qualité médiocre. Ils relevent de l'éducation habituelle à condition qu'elle soit d'un rythme plus lent et plus individualisé.

Actuellement avec les moyens toujours accrus, mais encore insuffisants, l'Education Nationale la leur dispense à l'école dans des classes dites de perfectionnement avec des instituteurs spécialisés dans le cadre de l'enseignement primaire.

Par contre, notre étude porte sur les débiles mentaux dont le Q.I. est inférieur à 0,70.

Ce sont pour nous actuellement des malades limités dans leur intelligence, leur affectivité et leur corps.

Nous distinguons :

Les DEBILES MOYENS dont le Q.I. est compris entre 0,50 et 0,70.

Ils présentent souvent un âge mental de 7 à 10 ans. Ils peuvent apprendre à communiquer avec l'entourage et même à acquérir l'orthographe, à rendre certains services dans le milieu où ils vivent.

Ils arrivent à resoudre des problèmes pratiques, parfois font preuve d'adresse manuelle, dont je suis demeuré stupéfait, mais, par contre, ils se montrent rebelles à la pensée abstraite, incapables d'esprit critique, peu attentifs, imprévoyants, suggestibles. C'est sur cette catégorie d'inadaptés qu'une éducation spéciale bien adaptée à leur valeur peut avoir prise.

Les DEBILES PROFONDS dont le Q.I. est compris entre 0,30 et 0,50

Souvent, ceux-ci ont des développements musculaire , moteur, sensoriel, normaux. Leur retard ne porte pas sur l'ensemble des fonctions, mais seulement sur certaines d'entre elles, les plus

hautes, les plus importantes. Souvent, ils restent dans la dépendance socia e, énonomique et mentale de l'entourage.

Nous pourrions appeler les premiers débiles éducables, les seconds débiles semi-éducables.

Nous n'oublierons pas ceux dont le Q.I. est inférieur à 0,30. A part quelques exceptions (l'oeuvre de l'Abbé OZIOL), nous faisons encore bien peu pour eux. C'est un fait que nous rencontrons parfois des arriérés mentaux dont la vie psychique est réduite aux manifestations impulsives, émotionnelles, qui ne peuvent communiquer par la parole avec autrui. Ils ne peuvent ni marcher, ni manger, ni se tenir propres sans l'aide d'autrui. L'educateur arrive à peine à réfréner leurs instincts bas et leurs tendances purement animales. Leur niveau mental ne dépasse pas celui d'un enfant normal de 2 ans. Mais remarquons que ce dernier a en lui les germes du progrès intellectuel et un univers des acquisitions nouvelles, tandis que l'autre est ferme à tout avenir, fige dans la stagnation mentale.

-:-

LES POSSIBILITES DE LA REEDUCATION

-:-

Au fur et à mesure que les méthodes médico-pedagogiques se perfectionneront, que la société mettra plus de moyens à la disposition de la déficience mentale, les possibilités de rééducation seront plus étendues.

Le but de toute éducation est de faire des hommes et des femmes capables de resoudre par eux-mêmes les problemes de la vie, surtout dans notre civilisation frelatee, jouisseuse, matérialiste.

Le but de la rééducation des inadaptés est le même. Elle aussi vise à former des êtres humains afin qu'ils ne demeurent pas des déchets de la société.

Il se trouve des débiles offrant des ressources à un éducateur ingénieux. Si leur intelligence abstraite est obscure, leur intelligence pratique et leur habileté manuelle sont moins atteintes, parfois même intactes. Ils n'eprouvent aucun intérêt pour les exercices impliquant raisonnement, maniement des relations, comme la resolution de problèmes, de rédaction, en revanche, ils sont susceptibles de réussir dans les travaux manuels.

Sans nul doute, l'education des enfants arriérés doit faire face à plusieurs difficultés.

La première, et non la moindre de ces difficultés, est la lenteur extrême du déficient : lenteur dans la compréhension des ordres ou des explications, dans l'execution des gestes prescrits

ou instinctifs, dans l'acquisition des notions qu'il essaie de leur inculquer, en un mot lenteur dans les réactions de tous les ordres. S'irriter contre cette lenteur serait une maladresse puisqu'elle constitue le substratum de l'état psycho-moteur du sujet. Le reeducateur ne saurait réussir dans sa mission s'il ne sait pas s'adapter son pas à celui des eleves, c'est à dire partir de zéro et progresser par fractions infinitesimales de terrain, revenir en arrière, repartir, s'arrêter et ceci inlassablement. C'est de la répétition que peut naître à la longue la fixation d'une notion. L'instruction du deficient est une instruction au ralenti.

Un autre obstacle auquel l'éducateur se heurte est la fugacite de l'attention psycho-sensorielle et motrice. Pretendre fixer l'enfant dans une attitude mentale au-delà de quelques moments, sans un long entraînement préalable, c'est ouvrir la voie à l'absence et à l'inhibition. Contre cette fugacité de l'attention, l'educateur déploie toute son ingéniosité, car l'attention est le levier de toute operation psychomotrice ou psycho-sensorielle. Comment mobiliser l'attention ? En amorçant la curiosité de l'enfant, en sollicitant ses instincts d'initiation, en l'amusant, en excitant son intérêt et en variant souvent les exercices qu'on lui fait pratiquer.

Le même effort du maître s'impose quand il s'agit de rectifier la debilité motrice dans la marche, le jeu, la toilette, la mastication.

Il dirige son activité en le contraignant à exécuter sans aide les gestes habituels d'habillage, de déshabillage, de rangement des cahiers et surtout en le soumettant à un entraînement méthodique de la motricité.

Enfin, il est d'observation habituelle que l'acuite sensorielle est amoindrie, ralentie. Qu'elles soient d'origine auditive, visuelle, olfactive ou gestative, les perceptions ne se

produisent qu'avec un retard marqué et elles sont confuses. L'education sensorielle merite une attention toute speciale de la part de l'éducateur, car elle est à la base de toutes les acquisitions psycho-motrices.

Nous devons bien connaître ees obstacles car ce sont surtout des defauts auxquels nous devons porter remède.

Les aptitudes de ces infirmes n'en sont pas moins réelles si l'on se donne la peine de les chercher, de les développer.

Tout d'abord, sur le plan sensoriel et moteur, nous benéficions de l'experience très avancée que l'on a de la rééducation des enfants handicapés d'intelligence normale. Celle des polios, des myopathiques, des traumatisés, celle des dyslexiques, celle des handicapés du langage.

Sur le plan intérieur, on est tout de suite attiré par la richesse et l'activité du débile qui se manifeste dès qu'on le met en confiance par sa tendance à vous donner la main, à chercher votre regard, à quêter votre approbation, votre affection. On y decouvre les germes de la docilité, de la camaraderie qui apporte stimulation et serviabilité, de la persevérance. Toutes ces qualites qu'il est possible de développer lui sont de précieux atouts de readaptation.

Il a encore la capacité de s'épanouir et d'atteindre un bonheur réel qui decuple très vite l'intérêt et l'attachement qu'on lui porte.

Mais le Docteur LANG insiste à juste titre sur l'erreur grossiere de croire que le debile n'a pas de besoins, voire d'aptitude sur le plan de l'intelligence abstraite ou speculative. Il n'est que de constater l'intérêt qu'il porte aux commentaires de contes, de disques, de films, aux discussions sur le comportement de tel ou tel quand ils sont adaptes à la fois

à son âge mental et à son âge réel, son gout du beau, son désir de connaître, sa satisfaction de progresser.

Le champ d'activité de la rééducation est immense ; il s'étend à toutes les dysharmonies, à toutes les malfaçons, à toutes les carences, à toutes les usures de l'être aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

La rééducation est une methode d'adaptation fonctionnelle qui tient à la fois à la thérapeutique physiologique et à la psycho-pédagogie. Elle a pour but l'éveil, le redressement ou la suppléance des mécanismes vivants qui régissent l'activité humaine sous toutes ses formes.

Des précurseurs, entre autres le Docteur MONTESSORI et le Docteur DECROLY, nous ont montré la voie à suivre en expérimentant et en mettant au point sur les retardés les metnodes d'education active qui permettent l'apprentissage de la liberté et de la discipline librement consenties.

Nous en arrivons à l'étude des activités à proposer à ces infirmes et de leur organisation.

-:-

PROGRAMME D'ACTIVITES REEDUCATIVES

-:-

Les activités doivent engager la personnalité toute entière. Elles doivent être polymorphes et accrocher l'intérêt. Elles doivent être individualisées à chaque sujet. Elles doivent respecter la progression individuelle de chaque enfant, il ne faut jamais sauter par-dessus un échec.

Il est nécessaire de grouper les enfants (en atelier d'abord et à l'intérieur de chaque atelier ensuite) pour les différentes sortes d'activités, suivant leur degré d'évolution.

Il faut exiger de chacun des efforts dans les limites de ses possibilités en portant toujours l'accent sur les bonnes habitudes de travail : mener une tâche à son terme, l'executer avec le plus de soin possible, puisque ce conditionnement sera d'une grande utilité pour l'avenir professionnel du débile.

Le premier objectif est de les revaloriser.

Leur sentiment d'infériorite et d'echec est la principale entrave à leur épanouissement.

On les revalorise par l'aide que les educateurs leur apportent à se juger, à devenir plus conscients de leurs moyens, dans une collectivité d'enfants à leur mesure.

Le deuxième objectif est de leur donner accès à l'autonomie matérielle et intérieure.

C'est la phase de debrouillage et d'initiation aux relations sociales.

C'est d'abord l'apprentissage des gestes quotidiens, toilette, habillage, repas.

C'est ensuite l'obligation d'exprimer leurs sensations aux éducateurs et d'echanger leur sentiment avec eux pour les habituer à ne pas se contenter de recevoir, et de prendre conscience d'un être distinct dont ils se séparent.

Cet "éveil du sens des autres" ils l'acquièrent encore par leurs relations avec les autres enfants et par l'apprentissage des règles de la vie en société, l'exactitude, la propreté, l'ordre, la politesse, et le respect de la liberté des autres en particulier dans le calme et le silence.

Le troisième objectif est d'eveiller leur sens moral en leur apprenant à choisir entre les activites qui s'offrent à eux, et à assumer les responsabilites de leurs actes. On arrive ainsi à leur donner le sens de la gratuité, donner aux autres de son temps, de son jeu, de son travail.

On arrive aussi à permettre au débile de se decouvrir en tant que personne distincte, de devenir conscient qu'il peut à sa mesure se servir de ses activités, non seulement pour sa propre satisfaction, mais encore pour contribuer au bonheur des autres.

Voici maintenant les activités utilisées :

Les travaux d'attention ou exercices de base bien mis au point dans la methode Romain : ils ont pour but de remédier à la labilité de l'attention du débile, qui est encore un de ses déficits majeurs.

On peut distinguer l'attention "spontanée" et l'attention "concentrée". On cherche à accroître les possibilités de la seconde pour améliorer la première.

Les principales formes de l'attention à cultiver sont la visuelle, l'auditive et "l'intériorisée"

Les exercices de l'attention visuelle sont :

a) Les exercices graphiques

b) Les points bleus et rouges dessinés sur des modèles de plus en plus compliqués, à reproduire sur du papier quadrillé ; ou bien des dessins représentatifs et coloriés.

Ceux de l'attention auditive consistent en dictées sonores de modeles en liaison avec les exercices précédents : 1 coup point bleu, 2 coups un point rouge, etc...

Ceux de l'attention "intériorisée" demandent à l'enfant d'observer le geste de l'éducateur, d'abord en regardant ses mains, puis en fixant celles de l'éducateur, puis en fermant les yeux.

Nous en arrivons aussi à : l'éducation gestuelle, dont les méthodes ont eté particulièrement mise au point par l'A.R.E.R.A.M.

Cette education est des plus enrichissantes. Non seulement elle est l'apprentissage des gestes essentiels, mais elle éduque l'individu tout entier en developpant outre la dextérité et la rapidité, le contrôle de soi, la discipline, la mémoire, la résistance.

La progression doit être lente et dosée surtout dans les débuts qui sont difficiles et rebutants. Mais par la suite les enfants sont passionnés et arrivent à exécuter de véritables ballets digitaux.

Les travaux manuels mettent en pratique ceux de l'attention et ceux de l'education gestuelle. Ils mettent les debiles en contact avec les outils et la matière et ils leur permettent d'utiliser et de perfectionner leurs possibilités musculaires ; ils les préparent à l'apprentissage ultérieur.

Ces travaux sont innombrables et bien connus. Ils ont tous de l'intérêt.

a) Ils seront d'abord une application pratique des points bleus et rouges : collage de pastillages de couleurs, enfilage de perles de couleur, reproduction en jouets de croix d'un modèle de jouets colorés sur des matieres differentes, carton, toile de jute, canevas, tissu.

b) Une application pratique des exercices graphiques : traçage, mesurage, quadrillage.

c) Après avoir acquis l'usage des ciseaux, le crantage d'abord du papier puis du carton.

d) Les exercices de tricot et de couture pour les filles.

e) Le travail à la pince ronde sur du fil de fer ou du fil electrique souple, de différentes grosseurs.

f) Le tissage, le raphia

g) L'utilisation du contreplaqué.

h) L'enseignement ménager pour les filles.

i) Le jardinage.

Les travaux d'expression présentent autant d'intérêt chez les débiles que chez les autres enfants. Le dessin et la peinture, le modelage. Tantôt le sujet est imposé, tantôt l'enfant est libre de suivre son inspiration. On est souvent etonné par la richesse de l'oeuvre realisée tant du point de vue contenu que purement esthétique.

Les activites culturelles doivent être développées. Non seulement à l'interieur de l'I.M.P. par les chants, les mimes, les danses, les récitations, les contes, l'ecoute des disques, la projection de petits films d'enfants ou documentaires. Mais encore à l'extérieur par des visites de musées, de monuments, des spectacles de marionnettes au cirque, des excursions en car à la campagne, la forêt, les plages, le zoo.

La rééducation fonctionnelle physique et sportive par des kinésithérapeutes par petits groupes a tout autant d'importance que l'education gestuelle ; puisqu'elle fait travailler le corps tout entier, par la correction des attitudes statiques, par la marche, la course, le saut, le grimper, le lancer, les anneaux, le trapèze, les jeux du ballon à la main et au pied, ceux du cerceau.

Elle épanouit leur développement corporel, leur équilibre physique et moral, leur adresse ; elle augmente leur résistance à la fatigue.

La pratique des sports, soit le sport individuel tel que la natation en piscine, soit le sport d'equipe peut leur être proposée. Dans un centre, nous avons pu découvrir leur adresse, leur esprit d'équipe et de compétition à un basket ball aux règles simplifiées.

Quant aux activites para-scolaires, nous voulons simplement souligner qu'elles sont moins accessibles à la grande majorité de ces enfants.

Il s'agit de leur faire connaître les lettres, les chiffres, leur faire lire, écrire un texte simple, faire de petites additions ou soustractions pour leur permettre de se debrouiller dans la vie : lire un écriteau, une plaque de rue, pouvoir ecrire leur nom, leur adresse, au maximum une petite lettre, remplir leur feuille de sécurité sociale vérifier et rendre la monnaie, connaître quelques prix courants, lire l'heure pour les plus évolués.

Cet enseignement ne peut être que concret. Mais la faiblesse de leurs aptitudes scolaires n'est plus aussi decevante depuis que nous savons que leur intelligence n'atteint son plafond qu'à un âge beaucoup plus avancé que chez un sujet normal.

-:-

L'INSTITUT MEDICO-PEDAGOGIQUE

-:-

Toutes ces activités sont actuellement à l'ordre du jour dans des établissements spécialisés d'obédience medicale : l'Institut Medico-Pedagogique recevant les enfants d'âge scolaire de 6 à 14 ans.

Cet etablissement essaie de présenter un cadre matériel aussi attrayant que possible. Il doit contribuer au regne d'un climat de détente et de sécurité d'où sont bannies la contrainte, la routine, l'absence d'intérêt.

Le personnel est relativement nombreux vu que les débiles mentaux sont des malades et demandent des soins.

Ils comporte une equipe medico-pedagogique au grand complet. Chaque atelier est dirigé par un educateur specialisé le plus souvent une éducatrice.

Il est souhaitable qu'elle soit diplômée au sortir d'une école psycho-pedagogique. Mais les diplômés sont encore en nombre tres insuffisant. L'important est d'en avoir au moins une ou deux pour former et guider celles qui ne le sont pas. Bien des jeunes filles peuvent être formées dans l'Institut, à condition qu'elles aient un bagage universitaire suffisant, le baccalauréat ou même le brevet, la vocation d'enseigner et surtout l'amour de ces deshérites.

Parmi elles, les jardinieres d'enfants sont particulièrement aptes à rééduquer les débiles profonds, surtout les jardinieres initiées aux

méthodes Montessori, ou celles faisant des stages dans les sections de débiles profonds de nos I.M.P.

Etant donne l'étendue et la complexité de leur tâche, l'on comprend que l'idéal serait une éducatrice pour 10 enfants aidée d'une aide-educatrice pour les débiles profonds. Douze enfants est un maximum à ne jamais dépasser.

En dehors des éducatrices, l'équipe medico-pédagogique comprend des auxiliaires médicaux.

Un ou des kinésithérapeutes qui dirigent la rééducation physique et fonctionnelle.

Une orthophoniste qui rééduque leur langage dont les troubles representent un déficit majeur du débile. Nous sommes redevables au Docteur TARDIEU d'avoir edifié les bases de l'education thérapeutique du langage des retardés. Par ailleurs, de grands espoirs sont permis de rééducation du langage au moyen de "l'oreille électronique".

Enfin, ce personnel doit disposer de médecins. Quoique la médecine ne puisse guérir l'arriération mentale, elle est du moins souvent à même d'en atténuer les effets et de permettre en collaboration avec la pedagogie une meilleure utilisation des facultés intellectuelles subsistantes.

Nous attachons beaucoup d'importance à la présence d'un ou plusieurs médecins psychiatres permettant de nous faire mieux comprendre la personnalité, les possibilités de l'infirme moteur cérébral ; au besoin pouvant mettre judicieusement au service de celui-ci l'utilisation de la chimiothérapie mentale.

Ils doivent être assistés d'une psychologue effectuant toute la gamme des tests multiples et répétés et d'une assistante sociale.

Un medecin pédiatre ou de médecine générale veille à la bonne sante des enfants, assisté par une infirmière diplômée.

Dans les petites villes, cette équipe medicale et para-médicale peut être fournie par les dispensaires d'hygiene mentale ou par les centres techniques régionaux de l'enfance inadaptée dont nous n'avons pas besoin ici de souligner les ressources.

Le personnel comporte évidemment une cuisinière et une ou des femmes de service. Elles doivent être choisies avec soin, car en pratique elles sont appelées à rendre aux enfants bien des soins nourriciers.

Enfin, nous avons gardé pour la fin un personnage très important dans la vie de l'Institut Médico-Pédagogique : le Directeur ou la Directrice.

L'idéal est d'avoir un directeur à plein temps qui soit un educateur. C'est evidemment lui le chef d'orchestre coordonnant les efforts de chacun et assumant les fonctions administratives.

Au besoin, il doit être assisté d'une excellente secretaire-econome.

Dans cet Institut, les educateurs doivent travailler en equipe pour toutes leurs activites ; dans la mesure du possible le maximum d'enfants doit leur passer entre les mains.

Naturellement chaque éducateur a plus particulierement la responsabilité d'un groupe d'enfants dont il rédige pour chacun d'eux le carnet de synthèse et le carnet mensuel aux parents.

Une autre caractéristique de l'Institut Médico-Pédagogique est de fonctionner en demi-internat, à savoir la prise en charge de l'enfant le matin pour le rendre le soir à sa famille.

Cette formule de demi-internat est primordiale. Le principe en est basé sur la qualité importante du lien affectif familial.

Il importe que ce lien affectif soit non seulement respecté, mais encore entretenu, parce que nos retardés en ont besoin comme leurs frères et soeurs mais à un plus haut degré et pendant le maximum de durée.

Pendant, leur vie entière, ils sont besoin à la fois d'un climat sécurisant et d'une tutelle matérielle et morale.

Ces enfants ont encore plus besoin que les autres de la chaleur et de la tendresse du foyer familial tant que leurs parents sont présents.

Mais pour que ce climat et cette tutelle soient valables, il est de toute nécessité que les parents soient formés à cette tâche.

Il n'existe sans doute pas de souffrances morales plus cruelles que de s'apercevoir que son enfant n'est pas, et ne sera jamais, comme les autres. Ces tourments sont faits de frustration, de revolte, d'angoisse et même de culpabilité. Il faut beaucoup de reflexion et de force morale pour les surmonter et y être aidé par la compréhension et la sympathie d'autrui. Quant aux parents, ou bien ils sous-estiment les possibilites de l'enfant et se découragent à l'avance, ou bien ils les surestiment. Souvent ils perturbent gravement leur enfant, bridٍent ses initiatives, tarissent ses moyens d'expression, cultivent ses troubles affectifs, ils l'entravent dans ses progres.

Cette formule de demi-internat est une façon de permettre à ces parents de les aider à surmonter leur desarroi, en leur apprenant à mieux connaître leur debile, à les inciter à cooperer aux efforts de celui-ci.

Ces contacts avec l'I.M.P. doivent être individuels chaque fois que les parents le désirent, mais les plus intéressants se font au cours des réunions collectives, au moins trimestrielles, bi-trimestrielles si possible, dirigees par le Directeur, assisté des éducateurs. Elles comportent le court exposé d'un thème educatif, par exemple : "Que peut-on exiger d'un retardé sur le plan moral ?" suivi d'une discussion générale permettant aux parents d'exprimer leurs difficultés personnelles, de confronter leurs opinions et de recevoir leurs conseils.

Il est reconfortant de constater combien de parents se detendent et changent de comportement d'une reunion à l'autre et combien cette évolution a d'heureux effets sur celle de leur enfant. A ces réunions, s'ajoutent celles de Noël et des Prix qui leur apportent beaucoup de joie et de réconfort.

A l'instigation d'âmes généreuses ne comptant ni leur temps, ni leurs soucis, ni leurs fatigues, s'inspirant de ces donnees, s'est ouvert en 1958 au Havre la "Fenêtre Ouverte" pour 24 débiles recueillis à mi-temps.

Rapidement les demandes d'inscriptions de débiles ont dépassé les possibilités d'accueil.

Grâce à la générosité des organismes publics et les dons personnels ou subventions privées, ouverture en 1959 d'un véritable Institut Médico-Pedagogique "L'Espérance" rééduquant en demi-internat 36 enfants garçons et filles de 6 à 14 ans, retardés mentaux moyens, profonds, avec le concours d'une equipe médico-pédagogique au grand complet. Actuellement, les possibilités de reeducation sont etendues à une soixantaine (68) d'enfants débiles.

Depuis, ouverture sur un terrain annexe de l' Hôpital Pasteur d'un Centre de Rééducation "L'Aurore", pour 24 enfants inadaptés à mi-temps.

Apres quelques années d'expérience, il s'avère que les avantages de la mixité surpassent les inconvénients ; elle est facteur d'émulation et d'adaptation à la vie sociale.

Actuellement, se posent les possibilités quantitatives d'un I.M.P. s'efforçant de respecter une ambiance familiale, de limiter le rayon de ramassage, tout en assurant des normes satisfaisantes au prix de journee... un chiffre de 80 serait un maximum...

Le semi-internat ne repond cependant pas à tous les cas. Quand le pere et la mère travaillent l'un et l'autre et qu'il n'a pas été possible de trouver une famille d'accueil, ou quand la presence de l'enfant inadapté présente un inconvénient ou un danger pour les freres et les soeurs, ou quand la famille n'existe pas ou est incapable ou démissionne, il convient de penser à l'internat.

Toutefois, dans cette dernière éventualité, l'internat doit s'efforcer de respecter au maximum ce contact familial, en donnant à leurs pensionnaires la possibilité de retourner au foyer aussi souvent que possible, en week end plus ou moins rapprochés et à tous les congés de l'année.

En outre, l'internat doit être équipé en vue d'une reéducation valable et non comme une "simple garderie" comme il en existe encore où les enfants sont seulement aussi bien traités que possible ; cela n'est pas suffisant.

Une des conditions essentielles de l'amélioration des anormaux est un milieu calme et reposant. L'idéal pour un internat est une maison à la campagne avec le système familial. L'institut Saint-André de Cernay montre un essai de réalisation de cet idéal.

De même, à Gommerville, centre surtout orienté vers les débiles ayant un Q.I. aux alentours de 0,50, directrice et éducateurs s'efforcent de donner à ceux-ci un minimum de vie sociale. Nous avons été frappés par la propreté des lieux, le calme, la politesse et l'ordre des enfants. J'ai admiré le dévouement obscur de ces éducateurs ou éducatrices qui s'adonnent à une tâche difficile et ingrate.

Actuellement, ces internats sont en petit nombre, notoirement débordés.

-:-

LES POSSIBILITES DES DEFICIENTS MENTAUX A L'AGE POST-SCOLAIRE

-:-

Cette étude sera plus brève que la précédente, car l'experience en cours est à ses premiers pas. Elle s'inspirera beaucoup des travaux de ceux qui connaissent ce problème mieux que nous, entre autres Monsieur le Professeur LAFON ayant consacré plusieurs émissions radiophoniques à ce thème, Messieurs les Docteurs DUCHE, BASCOU, BAUDOIN, sans pouvoir les citer tous...

Il y a quelques années les réalisations obtenues en faveur de l'enfance déficiente ont surtout concerné les enfants de 6 à 14 ans, en âge scolaire, sans qu'il soit prévu d'établissements capables d'assurer l'etape ultérieure de leur adaptation sociale ; d'où un gaspillage des efforts initiaux.

Laissés à eux-mêmes ces enfants ne pouvaient que perdre leurs acquisitions et régresser ; il est paradoxal de les abandonner au moment où ils progressent le plus et où ils donnent le plus de soucis à leur famille.

A l'heure actuelle, une dizaine de centres, ateliers sous tutelle, ateliers d'assistance par le travail, accueillent environ trois cents infirmes mentaux, adolescents et adultes, ce qui est infime, mais s'avère déjà riche en promesses.

L'expérience très avancée des ateliers assistes à l'étranger, principalement en Hol-

lande et en Angleterre, celle plus limitée et plus récente des Ateliers Assistés de l'Aude et de la région lyonnaise, nous permettent d' affirmer que :

1) Dans l'immense majorité des cas, les infirmes mentaux sont capables de travailler à l'issue de la rééducation quel que soit leur niveau mental.

2) Presque toujours, l'infirme mental est incapable de travailler seul, mais il le peut quand il est intégré dans une équipe de travail et encadré. Il est donc presque toujours incapable du meilleur rendement dans une activite artisanale ou d'exercer un metier, et la forme de travail la mieux adaptée à son état est le travail industriel, dit à la chaîne.

Cette activité permet en effet la multiplication des postes de travail, grâce à une décomposition très poussée de la fabrication et chaque débile peut être placé au poste qui lui convient le mieux.

Fait important, la monotonie du travail qui rebute les sujets d'intelligence normale, n'affecte pas nos déficients. Insistons bien sur le fait qu'il n'est pas question d'en faire des automates puisqu'il est possible et souhaitable de les changer de postes dès qu'ils progressent.

3) Il en découle une nouvelle conception de la rentabilité et du pourcentage d'invalidité du débile. Ce pourcentage n'est plus individuel mais collectif. Chaque sujet a l'invalidite qui lui est conferée par le Groupe dans lequel il travaille.

Le Docteur BASCOU donne un exemple : une équipe agricole de débiles comportant différents niveaux de 65 jusqu'à 30 est arrivée à rendre 63 p.100 du travail d'une équipe normale avec par conséquent une invalidité col-

lective de 37 p.100. Nous sommes persuadés que dans le travail industriel à la chaîne ce pourcentage serait encore amélioré. Dans l'amélioration de ce rendement la formation caractérielle s'avere aussi importante que les formations manuelles et intellectuelles.

4) Par ailleurs, le débile n'arrive qu'à une demi-autonomie, il a besoin d'une tutelle de travail, mais aussi d'une tutelle de vie pendant toute son existence. Ainsi que nous l'avons déjà indiqué, cette dernière tutelle doit être familiale, tant que cela est possible.

De toutes ces considerations il resulte la necessité de créer des ateliers de travail pour les retardes mentaux moyens et profonds, à à l'âge adulte, adaptés à leurs possibilités et à leurs insuffisances.

Il ne peut pas s'agir d'ateliers protégés qui recueillent des infirmes capables d'un rendement normal, mais dont le rythme de travail est assujetti à leur etat de santé, mais des ateliers assistes, véritables centres d'assistance par le travail, qui prennent en charge des infirmes incapables d'un rendement normal. Le prix de journée des ateliers couvre les dépenses resultant de l'etat d'infirmité, alors que la comptabilité d'exploitation couvre le reste des dépenses, en particulier un salaire proportionnel au rendement de chacun. Ce salaire etant un facteur essentiel d'émulation et partant de revalorisation.

L'activite de ces ateliers doit s'intégrer dans celle des industries existantes, autant que possible locales ou regionales. La fabrication doit être parfaite et vendue à un prix normal. Elle ne doit pas faire concurrence à celle des ouvriers normaux, par la pratique de sous-tarif. Les insuffisances du fait de

la lenteur d'execution ou du nombre élevé de malfaçons doivent être à la charge de la comptabilité de l'atelier.

Ces ateliers doivent être complétés par des foyers d'accueil qui hébergent et protegent ces debiles quand ils n'ont pas ou n'ont plus leurs parents.

Mais la conception de ces ateliers assistés et le fait que le débile, comme tout le monde, passe au sortir de l'enfance par une phase de transition, l'adolescence, nous amènent dans l'immédiat à organiser préalablement à ces ateliers leur apprentissage, c'est à dire leur reeducation professionnelle à l'âge post-scolaire, comme on le fait pour l'adolescent normal. (Cela est d'autant plus valable que c'est l'âge où ils enregistrent le mieux).

A quel âge doit-on l'arrêter ? On est tenté de repondre le plus tard possible. Mais il faut bien le limiter à la fois pour ne pas lasser la bonne volonté des finances publiques et celle de nos retardes qui aspirent, comme les autres, à devenir rapidement des adultes. C'est pourquoi aujourd'hui les medecins concluent à l'unanimite que jusqu'à l'âge de 18 ans les techniques utilisées, tant pour la rééducation que pour l'apprentissage des debiles, sont à polarite essentiellement médicale et justifient l'adjonction aux I.M.P. d'une Section Médico-Professionnelle fonctionnant en demi-internat de 14 à 18 ans. Cette section est jumelée à la section médico-pedagogique, dont la direction et l'équipe médico-pédagogique sont les mêmes, avec naturellement la venue d'éléments nouveaux : les moniteurs et monitrices professionnelles. Cette section sera mixte, comme la précédente, Il suffira de separer les garçons des filles pour les activites professionnelles uniquement masculines ou uniquement féminines.

Cette structure existe déjà. Citons entre autres l'expérience canadienne de Sherbrooke à 200 km de Montréal. Leur I.M.P. répartit la rééducation sur deux cycles : le cycle scolaire de 7 à 14 ans, le cycle "occupationnel" de 14 à 18 ans.

Cette solution de la section medico-professionnelle a bien des avantages.

Dans l'immédiat, tout en nous autorisant à garder nos plus de 14 ans, elle nous donne la possibilité de récupérer les adolescents qui étaient restés à la porte de l'I.M.P. faute de place et de les faire bénéficier d'une formation accélérée, moins satisfaisante, mais qui permet certainement à nombre d'entre eux de se tirer d'affaire. Elle a encore l'intérêt de montrer à tous ceux qui s'intéressent à ces projets et plus particulièrement aux industriels ce dont ces jeunes gens sont capables, face à l'outil et à l'établi.

Enfin du comportement de ces apprentis nous pourrons tirer des deductions extrêmement utiles sur l'outillage et les débouchés possibles des futurs ateliers, évitant aussi de commettre des erreurs très onéreuses.

Naturellement, la rééducation médico-professionnelle tout en étant le prolongement de la médico-pédagogique, en diffère beaucoup.

Elle sera axée en premier lieu sur la formation manuelle, caractérielle et sociale et seulement en deuxième ligne sur la continuation de l'instruction générale. Ce serait une erreur de négliger celle-ci comme on l'a d'ailleurs compris dans l'apprentissage de l'adolescent normal.

Il s'agit de donner aux débiles le maximum d'aptitudes au travail et le minimum de connaissances nécessaires pour se débrouiller de façon semi-autonome dans la vie de tous les jours.

L'education gestuelle sera donc poursuivie; elle portera essentiellement sur les gestes professionnels qui ont été bien etudiés, ramenés pour certains à 43 gestes, se réduisant en fait à 10 mouvements essentiels : 3 pour les mains, 4 pour les membres superieurs, 3 pour les membres inférieurs.

Par exemple pour les mains : la Pince, la Presse, l'Extension :

La pince comprend :
la pince digitale : prendre une epingle, une feuille de papier entre la pulpe du pouce et celle de l'index,
l'étau : prendre un livre entre le pouce et les autres doigts réunis,
la pince thénardo-digitale : saisir un sécateur,
l'empaumement : tenir dans la paume un couteau, l'index etendu appuyant sur le dos de la lame et dirigeant l'objet,
la poignée : saisir une barre à pleine main.

La presse : appuyer sur un bouton, une touche.

L'extension : écartement et rapprochement des ciseaux.

Les travaux d'ateliers sont les plus importants et occuperont au minimum la moitié du temps.

Ils seront dirigés par des moniteurs et monictrices professionnels de préférence des contremaîtres, très qualifiés, ayant de plus une valeur humaine et une vocation pedagogique.

Ils enseigneront d'abord la bonne tenue des outils, puis leur meilleure technique d'utilisation. Ils débuteront par l'execution des gestes de base.

L'entraînement au travail manuel du déficient peut se faire dès l'âge de 9 ou 10 ans

comme on le pratique à Saint-André. On enseigne aux déficients des gestes simples ressortissant à des métiers comme ceux de cordonnier, de menuisier, de bourrelier, de cartonnier, de relieur, d'aide-cuisinier, d'aide-jardinier, de manoeuvre...

Il ext exceptionnel qu'un sujet n'arrive pas à executer, dans quelque métier que ce soit, un geste efficient, fut-il indéfiniment répété.

Dans une deuxième période, on met les débiles au travail à la chaîne d'abord autour d'une table, puis autour d'un tapis roulant, en les faisant passer par tous les postes qui leur sont accessibles.

On leur donne ainsi l'experience du travail en equipe, du rôle de chacun, en particulier de la repercussion de ses erreurs ou de ses performances sur le rendement de tous. On leur demande d'abord un rythme lent de travail que l'on accélère progressivement, dans la limite de leurs possibilités.

On organise des cycles courts de quelques secondes qui engendrent la monotonie, mais favorisent l'adaptation que l'on allonge ensuite pour les plus doués.

Ici, egalement, il faut commencer par des exercices de base.

Prendre avec la main gauche une vis distribuée sur le tapis roulant ; prendre avec la main droite un écrou à proximité. Présenter l'écrou sur le pas de vis et executer 3 tours de vis. Puis appliquer cet exercice à un montage et vissage de porte-serviettes, etc...

On developpe au maximum leurs aptitudes à la conscience professionnelle en étant de plus en plus strict sur la ponctualité, l'ordre, la proprete, la perseverance dans l'effort, le fini de l'exécution. Nous y avons dejà longuement insisté.

Il faut arriver dans la derniere année à les faire vivre dans une ambiance de travail normal.

On developpe au maximum leurs aptitudes à la vie sociale en les mettant en contact le plus possible au propre et non pas au figuré avec les exigences de la vie quotidienne : le code des piétons dans la rue et sur la route en respectant les passages cloutés, les feux de circulation etc..., les transports en commun, la gare, la poste, le téléphone, les bureaux de la Sécurité Sociale et des Allocations Familiales, les usines, les commerçants, les cinemas, en leur donnant des responsabilités à l'I.M.P. : surveillance du matériel de jeu ou de travail, du service de la table au réfectoire, de la bonne tenue de l'atelier, dans le car, sur le terrain de sports. Dans ce domaine, les parents devront évidemment suivre les mêmes directives. Leurs relations avec la Section continueront d'être aussi étroites et suivies que précédemment.

La reeducation fonctionnelle et les sports, la rééducation du langage tiendront la même place que dans la section précédente.

Par contre, les travaux d'instruction générale et les travaux d'expression auront une durée plus limitée.

Elle sera réservée aux déficients mentaux moyens.

Les débiles mentaux profonds ont des possibilités moindres qui ne justifient pas leur accès à un centre d'apprentissage coûteusement équipé, il est plus rationnel de les placer directement dans un Atelier d'assistance par le travail pour y apprendre des occupations ou des tâches simples tout en benéficiant évidemment d'un minimum de formation caractérielle, sociale et générale.

Ces principes essaient d'être mis en pratique depuis 1962 au Centre Médico-Professionnel "La Renaissance" au Havre, recevant actuellement 50 adolescents de 14 à 18 ans.

La formation professionnelle (atelier de serrurerie, ferronnerie) comprend une année de préformation orientée vers le travail à l'établi et à l'étau.

Viennent ensuite les dernieres années de formation proprement dite avec continuation du travail à l'établi, avec en plus travail à la forge et aux machines outils.

Des cours de technologie, d'hygiène et de sécurité se rapportant à la spécialité enseignée suivent chaque semaine les leçons pratiques.

La formation technique se deroule de façon progressive en faisant correspondre à chaque stade d'acquisition professionnelle une opération globale d'abord puis des mouvements particuliers fixes sur les détails avec une complication progressive des gestes.

A ceci est adjoint un programme de kinésithérapie et d'orthophonie.

Nous ne saurions passer sous silence le Château de Bois-Himont, Internat orienté vers la mise au travail d'adolescents et de jeunes adultes. Ce centre comprend, vaste propriété normande rénovée, une quarantaine de pensionnaires sous la surveillance d'educateurs spécialisés et d'un directeur-éducateur. Les occupations habituelles consistent surtout en travaux agricoles, jardinage et confection de caissettes de fruits pour une coopérative régionale.

En conclusion, cette mise au travail vise aussi bien à une amélioration de l'enfant sur

le plan humain général , par un éveil et un enrichissement de ses facultés tant physiques, qu'intellectuelles et morales qu'à une acquisition de techniques qui lui permettront d'obtenir des responsabilités professionnelles comparables à celles des ouvriers ordinaires, si ces postes de travail ne requièrent pas trop d'initiatives dans des situations nouvelles, ni de changements dans les tâches qui lui sont assignées.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

Les problèmes de l'enfance deficiente sont actuellement à l'ordre du jour sur les plans étiologique, pédagogique, social, moral et, dans une certaine mesure thérapeutique, avec la recherche tératogénique des médicaments.

Cette étude limitée de ce vaste problème a surtout été entreprise sous un regard d'information.

"Le problème de l'enfance déficiente représente le poids d'une acceptation silencieuse, mais active de cet incompréhensible et absurde problème du mal pour ceux qui ne peuvent le transcender dans une perspective chrétienne. Mais il ne suffit pas certainement d'admirer l'intelligence et la generosité de ceux qui savent accepter la croix de l'enfant anormal et préserver leurs autres enfants des conséquences que cela peut entraîner, il s'agit de créer et de développer les organismes qui permettraient d'apporter à chaque cas particulier les meilleures solutions. Sans sous-estimer ce qui a été fait, disons cependant qu'il reste encore beaucoup à faire".

Ces paroles de Monsieur le Docteur ECK me paraissent avoir leur place au terme de cette etude, sans oublier quelques vers d'un poème émouvant de Charles PEGUY choisis à l'occasion de l'inauguration d'un Centre consacré à l'épanouissement des retardés mentaux et au réconfort de leurs parents.

"Une flamme tremblotante a traversé
l'épaisseur des Mondes
"Une flamme vacillante a traversé
l'épaisseur des Temps
"Une flamme anxieuse a traversé
l'épaisseur des Nuits
"Une flamme impossible à eteindre,
impossible à éteindre au souffle
de la mort
"Cette petite espérance qui n'a l'air
de rien du tout
"Cette petite fille Espérance
"Immortelle. "

Charles PEGUY

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : St. THIEFFRY

Vu :
Le Doyen :
Signé : G. CORDIER

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

1 - GRIGNON
Commission Nationale de l'Enfance Déficiente du 4 novembre 1961
Etude sur les Ateliers Protéges

2 - BOUTEILLE
Rapport de fonctionnement de l'Atelier "l'Envol" à Pennautier (1960-1961) 4 novembre 1961

3 - BAUDOIN A.
Rapport sur l'utilité de la création au Havre d'une section médico-professionnelle de l'I.M.P. "l'Espérance" pour adolescents retardés moyens et profonds de 14 à 20 ans
Octobre 1962

4 -
Rapport sur l'utilité de l'Institut Médico-Pédagogique "l'Espérance" 3, rue Demidoff, le Havre (1962)

5 -
Projet de création au Havre d'une école psycho-pédagogique pour les enfants déficients d'âge scolaire février 1958.

6 - Soeur M. PIERRE WOEHREL
Face à l'enfance inadaptée mars 1960 (Bibliothèque Centre Saint-André de Cernay - Haut-Rhin)

7 - LAFON R
Mise au travail et rendement des débiles profonds adultes
In "Journal de l'Enfance", n°4, 1963

8 - LAUNAY C., BAYEN
Le développement mental des Mongoliens
Revue du Praticien, T.XIV, n°1
1er janvier 1964, 21-28

9 - Centre d'Etudes Laënnec
L'enfant malformé
Editeur Lethielleux P.

10 - VERNON M.P.
L'union Nationale des Associations de Parents d'enfants inadaptés
p.141-154

11 - ECK M.
L'enfant anormal et sa presence au foyer, p.84-90

12 - de PAILLERETS F.
Les malformations congénitales
p.40-58

13 - MERGER R.
Précis d'obstetrique
2ème édition (Masson & Cie)
Malformations : étiologie, p.817

14 - KOLKER, MAER
L'infirme moteur et sa famille
La réinsertion familiale
In "Sauvegarde de l'Enfance"
Lyon, novembre-decembre 1962

15 - NIMARD
La méthode des tests
Editions du Cerf
(ouvrage de vulgarisation)

16 - MIALARET
L'educateur et la méthode des tests
Editions du Scarabée (précisions sur la technique d'établissement et d'application des tests, par un specialiste de la question) 1953

17 - L'Association Nationale des Infirmes Moteurs Cérébraux, 33 rue Blanche, IX°
Annuaire des établissements recevant des enfants atteints de lésions cérébrales avec troubles moteurs, mars 1964

-:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

-:-